FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 434

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul HEITZ

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 11 novembre 1934, à Besançon (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 1965

Action sur la dilatation du col d'une association

ETHER GLYCERIQUE DE GAÏACOL - AVACAN

Président : M. MERGER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul HEITZ

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 11 novembre 1934, à Besançon (Doubs)

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 1965

Action sur la dilatation du col d'une association

ETHER GLYCERIQUE DE GAÏACOL - AVACAN

Président : M. MERGER, Professeur

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart-d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Gaston CORDIER.

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie pathologique	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Bernard (J.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Joannon (P.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	Deparis (M.)
Pharmacologie	Cheymol (J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Polonovski (J.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Pharmacologie	Lévy (Mlle J.)
Physiologie	Dejours (P.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais)	Soulié (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.); - *Cochin :* Leger (L.); - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.); - *Pitié :* Cordier (G.); - *Saint-Antoine :* Gosset (J.); - *Salpêtrière :* Sicard (A.); - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	Mathey (J.)
— endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Cliniques :	
— Génétique médicale (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	Degos (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	Delay (J.)
— malad. métab. (Necker)	Hamburger (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.); - *Cochin :* Brouet (G.); - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.); - *Lariboisière :* Sèze (S. de); - *Pitié :* Dreyfus (G.); - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.); - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) ..	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . ..	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . ..	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . ..	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . ..	Kreis (B.)

Médecine : Azerad (E.); Bour (H.); Lambling (A.); Lhermitte (F.); Pequignot (H.); Perrault (M.); Siguier (F.); Worms (R.).
Rhumatologie .. .. .. Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.*; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.); *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Daguet (G.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Jérome (H.); Kruh (J.); Legrand (J.-Cl.); Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.); Boivin (P.); Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.); Duperrat (B.); Hewitt (J.); Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.*; Da Lage; Marois (M.); Racadot (J.); Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.); Corre-Hurst (Mme L.); Roussel (A.); Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.); Lissac (J.); Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.); Crosnier (J.); Richet (G.); Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.); Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.); Cathala (H.); Escourolle (R.); Gautier (J.-Cl.); Lapresle (J.); Lereboullet (J.); Pichot (P.); Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Lewin (D.); Musset (R.); Robey (M.); Seneze (J.); Sureau (C.); Tchobroutsky (Mme C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.); Fontaine (M.); MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.); Maurer (P.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.); Pialoux (P.); Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.)

Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);

Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);

Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).

Rhumatologie : M. Massias (P.).

Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).

Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).

Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).
Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).
Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).
Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).
Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Qui restera toujours pour moi un exemple d'intégrité et de conscience professionnelles.

A MA MÈRE

Qui sut toujours me soutenir au cours de ces longues années.

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur Agrégé R. MERGER

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
(Hôpital Saint-Antoine)
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui accepte la présidence de cette thèse.
Qu'il en soit remercié.

A Monsieur le Professeur Jean RAVINA

Qui sut me faire confiance.

Qu'il reçoive ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé René MUSSET

Grâce auquel j'eus mes premiers contacts avec la gynécologie.

A Monsieur le Docteur JAMAIN

Qui sut guider mes premiers pas en obstétrique.

A Monsieur le Docteur BONHOMME

Qui m'ouvrit largement les portes de son service et qui inspira ce travail.

AUX SAGES-FEMMES
DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE — MATERNITÉ
DE L'HOPITAL DE MONTFERMEIL

Grâce auxquelles ce travail put être fait.

Le but de ce travail est de présenter l'influence d'un nouvel antispasmodique, éther glycérique de gaïacol + avacan, sur la dilatation du col de l'utérus au cours du travail de l'accouchement.

L'usage des antispasmodiques s'est en effet largement répandu en obstétrique, tantôt dans le but légitime d'atténuer les douleurs et d'écourter la durée du travail de la femme qui accouche, tantôt dans le but de lutter contre une anomalie de la contractilité utérine ou de la dilatation cervicale.

CHAPITRE I

Rappel physiologique

I. — Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

— la première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;

— la deuxième à l'expulsion du fœtus ;

— la troisième à l'expulsion des annexes (placenta et membranes).

La première période est la plus longue : elle représente à peu près les quatre cinquièmes de la durée totale de l'accouchement. Il est donc intéressant de pouvoir agir sur cette période de façon à raccourcir la durée de l'accouchement.

La dilatation du col est conditionnée par l'efficacité de la contraction utérine, par le mode de présentation et, à un degré moindre, par la qualité de la poche des eaux. Lorsque ces trois facteurs sont de bonne qualité et remplissent bien leur rôle, un dernier facteur intervient dans la dilatation, c'est la souplesse, l'aptitude du col lui-même à se laisser distendre. Il est donc intéressant de pouvoir inhiber la résistance du col en agissant sur celui-ci par l'intermédiaire du système nerveux qui tient sous sa dépendance la contractilité des fibres musculaires cervicales.

II. — L'innervation de l'utérus gravide est complexe : elle comprend un système nerveux intrinsèque et un système nerveux extrinsèque dont les centres sont médullaires.

1) *Le système nerveux intrinsèque :* Keiffer a montré qu'il existait un système autonome intra-utérin constitué par des amas ganglionnaires intra-muraux échelonnés sur les lignes médianes antérieure et postérieure.

2) *Le système nerveux extrinsèque :* il est constitué par le plexus hypogastrique inférieur et les ganglions de Lee et Frankenhauser. Les filets nerveux qui arrivent à ces formations reconnaissent deux origines :

a) Des racines lombaires faisant suite au plexus inter-mésentérique. Des rameaux communicants unissent les racines lombaires aux centres médullaires situés au niveau de D_{11}-D_{12}.

b) Des racines sacrées provenant des branches antérieures des plexus sacrés.

Snoeck et Rocmans ont établi que le corps utérin reçoit des filets sympathiques moteurs d'origine médullaire haute, tandis que le col et le segment inférieur reçoivent surtout des filets para-sympathiques. D'autre part, selon Daels, le sympathique serait moteur pour les fibres longitudinales et inhibiteur pour les fibres circulaires, tandis que le para-sympathique réaliserait l'effet inverse.

3) *Les centres médullaires :* l'orthosympathique aurait son centre situé au niveau de la région dorso-lombaire dans la colonne latérale qui occupe la partie externe de la base de la colonne antérieure.

Le centre du para-sympathique serait situé plus bas, entre S_3 et S_5.

CHAPITRE II

Les anomalies de la dilatation

Elles peuvent reconnaître pour origine la perturbation de l'un quelconque des facteurs qui conditionnent une bonne dilatation du col.

Le spasme cervical se caractérise par l'absence de progression de la dilatation, alors que la présentation est bien adaptée au segment inférieur, celui-ci étant correctement formé et mince, et que les contractions utérines réalisent un excellent contact entre la présentation et l'orifice interne du col. C'est une des indications majeures de l'emploi d'un antispasmodique.

Dans les anomalies provenant de la mauvaise qualité des contractions utérines, il convient de distinguer les cas où la contraction utérine est franchement déficiente et ceux, au contraire, où il y a hypertonie utérine avec contractions désordonnées, parfois subintrantes. Dans le premier cas, la présentation est mal adaptée, le segment inférieur mal formé ; le col ne s'efface pas, restant plus ou moins long, ou épais. La contraction utérine est insuffisante pour faire appliquer la présentation sur le col ; cette présentation reste élevée. Dans ces conditions, il convient de renforcer la contraction et de favoriser la formation du segment inférieur ainsi que la dilatation du col. Ceci est réalisé par l'association d'un ocytocique et d'un antispasmodique.

Dans les hypertonies, le tableau est différent. Les contractions utérines sont violentes, subintrantes, le relâchement mauvais. Le col n'est pas sollicité de façon égale sur tout son pourtour et il s'œdématie. Cet œdème, d'abord localisé, gagne bientôt tout le col et se durcit. C'est l'indication des antispasmodiques, associés parfois, et de façon extrêmement prudente, à une perfusion d'ocytocique.

On voit ainsi combien l'utilisation des antispasmodiques est fréquente en obstétrique, que ce soit à titre curatif comme nous venons de le voir, ou à titre préventif dans le cadre de l'accouchement médicalement dirigé.

CHAPITRE III

Etude pharmacologique de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan

La composition centésimale du produit est la suivante :

— Ether glycérique de gaïacol	10 g
— Avacan	0,2 g
— Glucose	10 g
— Eau distillée Q.S.P.	100 ml

Le produit est conditionné en ampoules de 5 ml.

— I —

• L'ÉTHER GLYCÉRIQUE DE GAÏACOL fait partie de la famille des polyalcools. Parmi ceux-ci, la papavérine, les glycérophosphates de sodium et de magnésium, la péthidine ont déjà été utilisés comme antispasmodiques du col utérin. L'action de l'éther de gaïacol est localisée dans la moelle et dans l'encéphale : cerveau et centres sub-corticaux. Son action particulière consiste en un blocage des réflexes multisynaptiques, laissant libres les réflexes mono-synaptiques. Il permet ainsi le passage du stimulus central, mais évite que se produise la transmission de réflexes anormaux qui cheminent par le système interneuronal du cordon médullaire. Il coupe, ou évite ainsi, la présence du spasme cervical, des œdèmes, en somme de la dystocie cervicale.

La sensibilité reste libre, ce qui en permet l'emploi dans l'accouchement psycho-prophylactique. Même lorsque. pour certains auteurs, cette drogue a une action analgésique, il semble que cet effet soit dû à une amélioration des conditions mécaniques de l'accouchement par la diminution des résistances que rencontre la tête fœtale en distendant les parties molles. Il ne semble pas que l'on puisse réellement imputer à cette drogue une action analgésique centrale.

• L'AVACAN *est le chlorhydrate de l'ester isoamylique de l'acide diéthylaminoéthylaminophénylacétique*. C'est un antispasmodique de synthèse du groupe des éthers d'amino-alcools d'amine tertiaire. Il a une action périphérique musculotrope comme la papavérine et anticholinergique comme l'atropine, mais avec des actions secondaires moins marquées que cette dernière au niveau des glandes digestives, du cœur, de l'œil, etc.

— II —

Les essais pharmacodynamiques ont consisté en l'étude des propriétés antispasmodiques *in vitro* sur l'intestin isolé et sur l'utérus isolé, et *in vivo* sur la motricité et sur la vitesse de transit intestinal du rat.

— *In vitro*, l'association s'est avérée posséder une action antispasmodique neurotrope et musculotrope curative nette sur l'intestin isolé. Par contre, ce produit avait un effet excitant sur l'utérus isolé de rate et de cobaye adulte.

— *In vivo*, l'association s'est avérée avoir un certain effet de ralentissement du transit intestinal et s'est montrée capable de s'opposer totalement, à dose convenable, à l'effet accélérateur du transit intestinal provoqué par la néostigmine.

Enfin, l'administration du produit à des doses dix fois supérieures à la dose utilisée en thérapeutique n'a entraîné aucune perturbation notable chez le lapin et le cobaye ni de la pression artérielle, ni du tracé électrocardiographique, ni du pneumogramme.

CHAPITRE IV

Etude clinique de l'action sur la dilatation du col de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan

Cette étude a porté tout particulièrement sur la dilatation du col en se basant sur l'état du col au moment de l'administration du produit et sur la durée de la dilatation à partir du moment où le produit a été injecté. Nous avons également étudié :

— la tolérance locale ;

— les effets secondaires chez la mère et chez l'enfant ;

— l'effet analgésique.

A. — TECHNIQUE D'UTILISATION

Le seul mode d'administration que nous avons utilisé a été la voie intra-veineuse. L'injection est poussée lentement, en une à trois minutes. Une injection plus rapide pourrait provoquer l'apparition de nausées et de vomissements comme on a pu déjà le constater avec d'autres antispasmodiques de même type (péthidine par exemple).

L'étude porte sur 74 parturientes dont 19 primipares, soit 26 %, et 55 multipares, soit 74 %.

a) En général, UNE SEULE INJECTION a suffi à apporter une amélioration notable de l'état du col et de sa dilatation. Dans 9 cas cependant, il a été renouvelé une fois avec un intervalle de 35 minutes au minimum et de 1 h 15 mn au maximum.

b) La rupture de la poche des eaux a été pratiquée 22 fois en même temps que la première ou unique injection du produit. Dans 42 cas, la poche des eaux s'était rompue spontanément, ou avait été rompue artificiellement, avant l'injection. Enfin, 10 fois la rupture artificielle de la poche des eaux a été effectuée entre 25 et 40 minutes après l'injection (*Tableau I*).

Tableau I : Rupture de la poche des eaux

Avant l'injection	Dans le même temps que l'injection	Après l'injection
42	22	10

c) Association avec les ocytociques : le produit a été associé à la spartéine (20 cg) dans 26 cas, et à la post-hypophyse dans 8 cas. Une seule fois l'injection de post-hypophyse (2 U) a été intra-musculaire, la présentation étant engagée. Toutes les autres fois, la post-hypophyse a été utilisée en perfusion, l'antispasmodique étant injecté directement dans la veine et non placé dans le flacon comme il est coutume de le faire.

d) Association avec un autre antispasmodique : l'injection du produit a été précédée ou a été suivie de l'injection d'un autre antispasmodique (péthidine ou buscopan) dans 8 cas. Nous n'avons pas tenu compte de l'injection d'un autre antispasmodique lorsque celui-ci avait été fait dans le but d'éliminer un faux-travail et que son injection avait précédé de 4 heures au moins celle du produit étudié (*Tableau II*).

Tableau II : Associations médicamenteuses

+ Spartéine	+ Post-hypophyse	+ Dolosal ou Buscopan
26	8	8

B. — INDICATIONS

1) Choix des patientes :

Il n'a pas été procédé à une quelconque sélection dans le choix des cas. Toutefois, un certain nombre de patientes, chez qui la marche du travail était particulièrement rapide, n'a pas fait partie de cette étude. Il s'agissait en général de multipares arrivant dans le service avec une dilatation déjà avancée. Il y eut aussi un certain nombre de cas où le début du travail s'est avéré suffisamment rapide pour qu'il ne soit pas nécessaire d'utiliser les antispasmodiques, étant bien entendu qu'en aucun cas cette marche rapide du travail ne constituait un danger quelconque pour le fœtus.

Le produit a donc été utilisé chaque fois que l'état du col ne paraissait pas satisfaisant : dilatation stationnaire, col épais, cerclé, etc...

Il a donc été injecté à des patientes qui présentaient d'autres troubles obstétricaux que ceux inhérents à la seule dilatation du col, à savoir :

— 2 cas de placenta prævia ;
— 1 cas de cardiopathie rhumatismale ;
— 1 cas de femme antérieurement césarisée ;
— 3 cas de syndrome hypertensif de la grossesse ;
— 8 cas d'accouchement prématuré ;
— 3 cas de présentation du siège.

2) Horaire de l'administration :

L'injection a été faite à une dilatation variant de 2 à 7 cm.

Vingt et une parturientes (28 %) ont reçu l'association éther-glycérique de gaïacol - avacan à une dilatation de 2 cm. Pour 5 d'entre elles, le produit a été renouvelé à 4-5 cm, et pour une seule à 6-7 cm.

Trente-trois parturientes (45 %) ont reçu le produit à une dilatation de 4-5 cm. Pour 2 d'entre elles, le produit a été renouvelé à la même dilatation, et pour une autre à une dilatation de 7 cm.

Enfin, 21 parturientes (27 %) ont reçu leur seule et unique injection antispasmodique à une dilatation de 6-7 ou 8 cm.

C. — RESULTATS

Nous avons étudié les effets du médicament :
— sur la dilatation du col et la dynamique utérine ;
— sur l'état de la mère ;
— sur l'état de l'enfant.

1) Action sur la dilatation du col et la marche du travail :

a) Action sur la dynamique utérine :

Lorsque le travail est bien établi, l'injection de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan a peu d'influence sur le rythme, la durée et l'intensité des contractions. Tout au plus peut-on noter une baisse légère et momentanée (15 minutes) du rythme et de l'intensité des contractions. Cette baisse d'activité du muscle utérin est facilement curable par l'emploi de la spartéine, ce qui nous a conduit de plus en plus à utiliser l'association antispasmodique + ocytocique de préférence à l'antispasmodique seul.

Le produit a été utilisé dans 3 cas d'hypercinésie utérine et dans 2 cas de mauvais relâchement intercalaire. Le manque d'appareils de mesure précis ne nous a pas permis de vérifier de façon stricte l'action du produit dans ces cas particuliers. Cependant, 3 fois sur 5, l'amélioration de la dilatation nous a permis de confirmer une impression purement clinique au départ, à savoir que l'association éther glycérique de gaïacol - avacan a une légère action favorable sur l'hypercinésie ou sur l'hypertonie du corps utérin.

b) Action sur la dilatation du col :

— La *qualité* du col a été modifiée de façon notable 30 fois. Dans 23 cas, le col qui était épais, parfois rigide, est devenu souple et mince. Dans 7 autres cas, le col mince et cerclé est devenu mince et souple. Il est à noter que 2 fois le col est resté épais jusqu'à dilatation complète, mais souple, de telle sorte que la dilatation a pu progresser de façon satisfaisante.

Dans deux derniers cas enfin, l'injection du produit antispasmodique a été faite en tout début du travail, à l'occasion d'un déclenchement de travail. Dans ces 2 cas, alors que le col était long, perméable au doigt, mais de consistance ferme, on a pu le sentir se

ramollir très rapidement et la rapidité du travail qui a suivi a confirmé cette action heureuse du produit.

Trois fois, alors que la tête fœtale appuyait bien sur le col et que la dilatation restait stationnaire à 7 cm, l'injection intra-veineuse de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan a permis à cette dilatation de se compléter en moins de dix minutes.

Cet aspect de l'action du produit a été particulièrement intéressant dans le cas de l'observation n° 161 .

Il s'agissait d'une II Pare avec présentation du siège. Nous avons pratiqué la rupture artificielle de la poche des eaux à une dilatation de 8 cm, le siège ayant tendance à s'engager. Nous avons alors constaté une latérocidence du cordon, Les bruits du cœur fœtal restant réguliers, nous avons fait une injection intra-veineuse du produit et posé une perfusion de post-hypophyse (premier accouchement normal, enfant de 3.600 grammes, bassin normal). La dilatation s'est complétée en quinze minutes et la période d'expulsion n'a duré que quinze minutes également, avec terminaison de l'accouchement par une petite extraction. L'enfant a crié aussitôt, il pesait 3.960 grammes. Cette observation montre bien que la dilatation du col a été surtout le fait de l'antispasmodique, la perfusion de post-hypophyse n'intervenant que pour soutenir les efforts expulsifs. En l'absence d'antispasmodique, le danger aurait été grand d'une rétraction du col et l'extraction aurait été rendue plus difficile.

— *La durée de la dilatation* après l'injection de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan, est le reflet de l'efficacité du produit.

Il y eut accélération notable du processus de dilatation dans 64 cas sur 74, soit 86,5 % des cas.

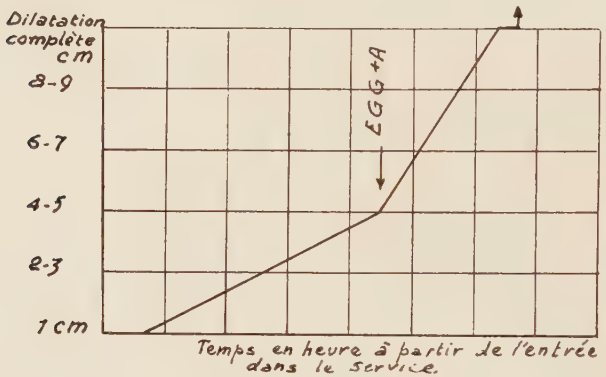
a) *En ce qui concerne les primipares,* le produit a été utilisé 9 fois à une dilatation de 2 cm. Nous avons observé 5 succès très nets, puisque la durée moyenne de la dilatation a été pour ces 5 cas de *1 h 51 mn.* Dans les 4 autres cas, une fois la dilatation a duré 7 heures, une fois 5 h 30 mn, une fois la dystocie dynamique était telle que l'on dut recourir à l'opération césarienne pour souffrance fœtale (obs. A.17), enfin une fois l'injection du produit ne put être que partielle, la parturiente, en état de toxémie gravidique, présentant des malaises lors de l'injection.

Le produit a été utilisé 7 fois à une dilatation de 5 cm. Celle-ci s'est complétée en *1 h 21 mn* en moyenne pour 6 de ces femmes, la septième mettant 4 heures à compléter sa dilatation.

Enfin, 3 primipares ont reçu le produit à une dilatation de 7 cm. Celle-ci s'est complétée en 38 minutes en moyenne.

Chez ces 19 primipares, en plus de la césarienne, il y eut 6 extractions instrumentales, dont une chez une primipare âgée de trente-sept ans au bout de 20 minutes d'efforts expulsifs.

Observation n° 22



* E.G.G. + A = éther glycérique de gaïacol - avacan.

b) *En ce qui concerne les multipares,* 15 d'entre elles ont reçu le produit à une dilatation de 2 cm. Leur durée moyenne de dilatation fut de 2 h 14 mn, et si l'on ne tient pas compte de 3 échecs (5 h, 5 h 40 mn et 4 h), cette durée de dilatation tombe à 1 h 12 mn.

Dix-huit fois le produit fut fait à une dilatation de 5 cm. Les durées de dilatation ont été de 57 minutes en comptant un échec (3 heures) et de 52 minutes si on n'en tient pas compte.

Tableau III : Durée moyenne de la dilatation après injection du produit

Dilatation lors de l'injection	*Primipares*		*Multipares*	
	Total	*Sans les échecs*	*Total*	*Sans les échecs*
2 cm	3 h 13 mn	1 h 51 mn	2 h 14 mn	1 h 21 mn
5 cm	1 h 44 mn	1 h 21 mn	57 mn	52 mn
7 cm	38 mn	38 mn	37 mn	32 mn

Enfin, 22 multipares ont reçu le produit à une dilatation de 7 cm et plus. Elles ont mis en moyenne 37 minutes à compléter leur dilatation (32 minutes si l'on ne tient pas compte d'un échec de 2 heures).

Pour résumer l'action du produit, on peut dire que l'association éther glycérique de gaïacol - avacan transforme le col de la primipare en un col de grande multipare.

c) Action sur l'expulsion :

La durée de l'expulsion ne paraît pas modifiée. Elle semblerait plutôt raccourcie par un *certain relâchement des parties molles*. Elle a été de 6 minutes en moyenne pour les multipares et de 20 minutes en moyenne pour les primipares (chiffres extrêmes : 5 minutes et 45 minutes). Chez ces dernières, on compte 6 extractions instrumentales à la vulve et une césarienne pour souffrance fœtale.

d) Action sur la délivrance et la rétraction utérine :

La délivrance s'effectue normalement et dans des délais normaux (20 minutes en moyenne). Dans 5 cas, il a été procédé à une délivrance artificielle et dans 2 cas à une révision utérine.

La rétraction utérine a toujours été satisfaisante. Mais l'administration d'ocytociques après la délivrance a été systématique, comme il est de règle dans le service depuis de nombreuses années.

2) Action sur l'état de la mère :

a) La tolérance locale a toujours été parfaite, il n'y eut aucune douleur sur le trajet de la veine ni pendant, ni après l'injection.

b) La tension artérielle est restée inchangée. Il n'y eut aucun cas où la variation ait dépassé 1 cm de Hg en plus ou en moins, qu'il s'agisse de la maxima comme de la minima.

c) Le pouls est resté inchangé dans la plupart des cas. Les rares variations, ne dépassant pas 10 battements à la minute, paraissent imputables au mode d'administration (voie intra-veineuse) et à la pusillanimité du sujet plus qu'au produit lui-même.

d) La respiration est restée strictement régulière et inchangée dans tous les cas.

e) La pupille n'a jamais été modifiée.

f) En ce qui concerne les RÉACTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF, nous avons noté une seule fois des vomissements en fin de travail, jamais de nausées. Par contre, presque toutes les parturientes ont signalé une certaine sécheresse de la bouche, seul témoignage de l'action atropinique du produit.

Dans 2 cas (obs. n^{os} 60 et 167), l'injection du produit n'a pu être poussée au-delà de 1 ml (sur 5), les patientes présentant un état lipothymique. Cet état a régressé en quelques minutes sans traitement particulier.

3) Action sur l'état de l'enfant :

In utero, les bruits du cœur fœtal sont restés inchangés.

Nous avons constaté 10 fois un écoulement de liquide teinté de méconium, 3 fois le liquide était teinté avant l'injection du produit. Une fois, le liquide était marron lors de la rupture des membranes pratiquée simultanément à l'injection du produit : il s'agissait d'une grossesse prolongée de vingt-cinq jours, ce qu'à confirmé l'aspect postmature de l'enfant. Deux fois, le liquide qui était clair lors de la rupture des membranes, s'est teinté après l'injection du produit (une fois 30 minutes : obs. n° 105, et une fois 4 heures : obs. n° A.17).

C'est donc seulement dans 6 cas que la souffrance fœtale, se manifestant par une coloration méconiale du liquide amniotique, pourrait être chronologiquement imputable à l'administration de l'antispasmodique. Toutefois, il ne nous est pas possible de trouver là une relation de cause à effet, l'émission de méconium dans le liquide amniotique existant fréquemment en dehors de toute cause reconnaissable. D'autre part, il n'est pas exclu que l'émission ait eu lieu déjà avant l'injection du produit et qu'elle n'ait évidemment pu être observée qu'au moment de la rupture des membranes.

A la naissance, tous les enfants sont vivants. Trois d'entre eux ont nécessité des manœuvres de réanimation ne dépassant pas 5 minutes (obs. n° 122, 171 et 204). Un prématuré de sept mois et demi, né par le siège, a présenté une hémorragie méningée. Son état était redevenu très satisfaisant, dans l'immédiat, au bout de quinze jours. Le pronostic lointain reste bien sûr réservé.

Le tonus a toujours été satisfaisant.

Cinq enfants ont présenté une émission immédiate de méconium dès la naissance. Parmi eux, 3 étaient cyanosés, un quatrième a peut-être souffert de contractions subintrantes (obs. n° 102).

La courbe pondérale des enfants qui ont pu être suivis a toujours été satisfaisante.

4) Etude de l'action analgésique :

De ce qui précède, il résulte qu'il ne semble pas que l'association éther glycérique de gaïacol - avacan ait une action dépressive centrale sur les enfants, comme c'est parfois le cas pour certains antispasmodiques ayant également une action antalgique.

En ce qui concerne les mères, sauf dans 3 cas où la parturiente s'est déclarée spontanément avoir été soulagée par l'injection du produit, nous n'avons pas noté d'atténuation particulière des douleurs (effet analgésique direct). Cependant, la durée de la dilatation étant raccourcie, le nombre de contractions utérines « douloureuses » pour arriver à une dilatation complète est diminué et l'on peut considérer que le produit étudié apporte une amélioration certaine aux parturientes (effet analgésique indirect).

Enfin, la conscience des parturientes reste intacte, ce qui nous a permis dans 5 cas de poursuivre la technique « d'accouchement naturel » lorsque la femme s'y était préparée.

CHAPITRE V

Résumé des observations

- OBS. N° 3 : *Mme M... Fatima,* vingt ans

II Pare à terme.
— E.G.G.A. fait à 4 cm, 3 h 15 mn après le début du travail.
— La dilatation complète est obtenue en 10 mn.
— Accouchement normal.

- OBS. N° 5 : *Mme M... Yamina,* quarante-trois ans

IX Pare à terme.
— Entre pour rupture spontanée de la poche des eaux et liquide teinté.
— E.G.G.A. fait à « col long perméable à deux doigts ».
— Dilatation complète 5 h plus tard.
— Accouchement normal.
— Délivrance incomplète.
— Au début de l'anesthésie pour révision utérine, la malade présente une apnée de 10 mn.

- OBS. N° 10 : *Mme D... Christiane,* vingt-cinq ans

II Pare à 8 mois 1/2.
— Entre pour rupture spontanée de la poche des eaux, avec écoulement de liquide teinté.
— E.G.G.A. fait 5 h 25 mn après le début du travail à « col incomplètement effacé dilatable à 2 cm ». Tête très élevée.
— Dilatation de 7 cm avec col mince obtenue en 10 mn.
— Dilatation complète 25 mn après l'injection.

- OBS. N° 11 : *Mme M... Fatima,* vingt-huit ans

II Pare au terme théorique de 7 mois 1/2.
— E.G.G.A. fait à 4-5 cm, tête engagée.
— Rupture artificielle de la poche des eaux.
— Dilatation de 7 cm obtenue en 10 mn.
— On note un ralentissement des contractions et une diminution de leur intensité.

— Il est fait une injection intra-musculaire de 2 U de post-hypophyse.
— La dilatation complète est obtenue 50 mn après l'injection d'E.G.G.A.

• OBS. N° 12 : *Mme T... Margarita,* vingt-trois ans

II Pare. Terme présumé dépassé.
— E.G.G.A. fait à une dilatation de 2-3 cm.
— Injection de 20 cg de Spartéine 4-5 mn plus tard.
— Dilatation de 7 cm obtenue 1 h 15 mn après l'E.G.G.A.
— Dilatation complète 1 h 45 mn après l'E.G.G.A.

• OBS. N° 15 : *Mme M... Fatima,* trente-trois ans

IV Pare à terme.
— Injection d'E.G.G.A. faite à une dilatation de 2-3 cm, 6 h après le début du travail.
— Dilatation complète obtenue en 15 mn.

• OBS. N° 20 : *Mme H... Fathia,* trente ans

VI Pare au terme de 8 mois 1/2.
— Entre pour rupture spontanée de la poche des eaux avec écoulement de liquide teinté.
— Injection d'E.G.G.A. à une dilatation de 3 cm.
— Dilatation de 5 cm obtenue en 45 mn.
— Perfusion de post-hypophyse faite à 8 cm.
— Dilatation complète 3 h après l'injection d'E.G.G.A.

• OBS. N° 22 : *Mme M... Jeannine,* trente et un ans

I Pare au terme de 8 mois 1/2.
— Injection d'E.G.G.A. faite 4 h 30 mn après le début du travail sur « dilatation à 5 cm, col mince ».
— Dilatation complète obtenue en 50 mn.

• OBS. N° 24 : *Mme D... Marie-Céline,* vingt-deux ans

I Pare au terme de 8 mois 1/2.
— A dilatation de 2-3 cm injection d'E.G.G.A., rupture artificielle des membranes, injection de 20 cg de Spartéine.
— 1 h plus tard, dilatation à 4-5 cm ; col épais et cerclé.
— Deuxième injection d'E.G.G.A.
— Dilatation complète en 50 mn.

• OBS. N° 27 : *Mme B... Atcka,* vingt-trois ans

V Pare à terme.
— Injection d'E.G.G.A. à 4-5 cm, col épais, mauvais relâchement du corps utérin.
— 35 mn plus tard, même dilatation.

— Deuxième injection d'E.G.G.A. avec rupture artificielle des membranes.
— Dilatation de 6 cm obtenue en 30 mn.
— Dilatation complète 4 h plus tard.
— Le mauvais relâchement du corps utérin entre les contractions à persisté jusqu'à la fin.

• OBS. N° 44 : *Mme B... Yvonne,* trente et un ans

IV Pare à terme.
— Injection d'E.G.G.A. à 4-5 cm sur un col cerclé.
— Donne un ralentissement du rythme des contractions utérines et pas d'amélioration de la dilatation.
— 1 h plus tard, deuxième injection d'E.G.G.A. et injection de 20 cg de Spartéine.
— La dilatation passe de 3 à 7 cm en 20 mn et à dilatation complète en 1 h 20 mn.

• OBS. N° 52 : *Mme T... Benraza,* vingt-sept ans

V Pare à terme.

Antécédents : Trois accouchements normaux à terme. Enfants de 3 000 g. A la quatrième grossesse procréateur différent. Césarienne après épreuve du travail pour disproportion fœto-pelvienne.

Cinquième grossesse : La dilatation s'effectue lentement jusqu'à 7 cm où elle demeure stationnaire. Injection d'E.G.G.A. Le col reste épais, dilaté à 7 cm. Césarienne itérative. Enfant de 3 100 g.

• OBS. N° 53 : *Mme H... Jacqueline,* vingt-deux ans

II Pare au terme de 8 mois 1/2.
— Entre pour rupture prématurée de la poche des eaux.
— Phénergan-dolosal en début de travail, le col étant incomplètement effacé.
— E.G.G.A. 4 h plus tard à dilatation de 5 cm.
— Dilatation complète obtenue en 13 mn.

• OBS. N° 57 : *Mme R... Andrée,* vingt-quatre ans

II Pare à terme.
— Phénergan-dolosal en début de travail, le col étant long et perméable.
— Rupture spontanée de la poche des eaux, 3 h 30 mn plus tard à dilatation de 6 cm.
— Injection d'E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 45 mn.

• OBS. N° 58 : *Mme G... Marie-France,* vingt et un ans

I Pare à terme.
— Entre pour rupture spontanée de la poche des eaux.
— A 21 h 50 mn : dilatation de 2 cm. Contractions utérines toutes les 10 mn. Phénergan-dolosal.

— 0 h 30 mn : dilatation stationnaire, contractions plus fréquentes : E.G.G.A.
— 1 h 15 mn : dilatation 7 cm mais le col est épais et cerclé.
— Deuxième E.G.G.A. qui amène un ralentissement des contractions. On fait à 2 h : 20 cg de Spartéine.
— Dilatation complète à 2 h 40 mn.

• OBS. N° 59 : *Mme R... Yvette,* vingt-six ans

III Pare présentant une grossesse prolongée de 25 jours.
— E.G.G.A. fait à une dilatation de 6 cm, 3 h après le début du travail avec une rupture artificielle des membranes (écoulement de liquide marron).
— Dilatation complète obtenue en 50 mn.
— Aspect post-mature de l'enfant.

• OBS. N° 60 : *Mme L... Simone,* quarante ans

II Pare à terme.
— Entre à 8 h 45 mn avec col dilaté à 8 cm. Poche des eaux rompue. Contractions toutes les 10 mn.
— Au début de l'injection d'E.G.G.A. (1 ml), tendance lipothymique obligeant à interrompre l'injection.
— Le pouls et la tension reviennent à la normale en 5 mn.
— 9 h 40 mn : contractions utérines toutes les 15 mn. Injection de 20 cg de Spartéine.
— Dilatation complète à 10 h 35 mn.

• OBS. N° 65 : *Mme W... Reine-Marie,* vingt-sept ans

I Pare à terme.
— Col effacé dilaté à 1 cm à 8 h 45 mn.
— 20 cg de Spartéine à 9 h 45 mn.
— Rupture artificielle des membranes à 10 h 30 mn.
— Dilatation de 3 cm à 13 h 45 mn ; injection d'E.G.G.A.
— Dilatation de 7 cm à 15 h ; injection d'E.G.G.A.
— Dilatation complète à 15 h 20 mn.

• OBS. N° 69 : *Mme M... Rosangela,* trente ans

III Pare à 8 mois 1/2.
— Dilatation de 2 cm à 11 h ; 20 cg de Spartéine.
— A 11 h 25 mn : dilatation de 4 cm : E.G.G.A.
— 11 h 50 mn : 8 cm.
— 12 h : Buscopan I.V., dilatation presque complète.
— 12 h 10 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 71 : *Mme S... Fatima,* vingt-quatre ans

VI Pare à 8 mois.
— E.G.G.A. fait à 5 cm, col épais.

— Col mince dilaté à 7 cm en 35 mn.
— Rupture artificielle des membranes et 20 cg de Spartéine.
— Dilatation complète 45 mn plus tard.

• OBS. N° 73 : *Mme D... Yamina,* vingt-quatre ans

III Pare à terme.
— Entre pour début de travail, membranes rompues, col épais, dilaté à 2 cm : injection d'E.G.G.A.
— Col dilaté à 5 cm, mince et cerclé en 25 mn.
— 20 cg de Spartéine ramènent le rythme des contractions de 5-6 mn à 3 mn.
— Dilatation complète 15 mn plus tard.

• OBS. N° 77 : *Mme G... Mireille,* dix-neuf ans

I Pare à terme.
— A 16 h 45 mn : dilatation de 1 cm : 1/2 Dolosal, 1/2 Phénergan.
— A 17 h 45 mn : dilatation de 1 cm : 1/2 Dolosal, 1/2 Phénergan.
— 20 h : dilatation de 2 cm : rupture artificielle des membranes.
— Dilatation de 7 cm à 21 h 30 mn : injection d'E.G.G.A.
— Dilatation complète 35 mn plus tard.

• OBS. N° 78 : *Mme S... Josette,* vingt-trois ans

II Pare à terme.
— Injection d'E.G.G.A. à 5 cm.
— Dilatation complète en 35 mn.

• OBS. N° 79 : *Mme A... Choumicha,* vingt-trois ans

III Pare.
— Injection de 15 cg de Spartéine, col dilaté à 2 cm.
— Injection d'E.G.G.A. 40 mn plus tard, le col étant à 4 cm.
— Dilatation complète obtenue en 40 mn.

• OBS. N° 83 : *Mme F... Josette,* vingt-sept ans

V Pare.
—Col dilaté à 2 cm à 4 h : 20 cg de Spartéine.
— Col dilaté à 5 cm à 6 h 10 mn : injection d'E.G.G.A. et de Spartéine.
— Dilatation complète obtenue en 10 mn.

• OBS. N° 85 : *Mme N... Gilberte,* trente-cinq ans

V Pare. Terme dépassé.
— Col perméable à 2 doigts à 18 h 40 mn.
— Col épais, dilaté à 6 cm à 20 h 30 mn.
— Injection d'E.G.G.A. à 20 h 40 mn.
— Dilatation complète à 21 h.

• OBS. N° 87 : *Mme L... Annick,* vingt et un ans

I Pare à terme.
— Dilatation à 4 cm avec col épais. Injection d'E.G.G.A.
La dilatation reste stationnaire mais le col s'assouplit.
— 2 h plus tard : dilatation 6 cm. Injection de Phénergan-Dolosal.
— Dilatation complète en 2 h.
La femme reste agitée pendant tout le travail.

• OBS. N° 89 : *Mme H... Halima,* vingt-trois ans

IV Pare pré-terme.
— Entrée en travail dans l'après-midi.
— Contractions irrégulières et dilatation stationnaire à 2 cm ; 20 cg de Spartéine à 21 h 30 mn.
— Dilatation de 6 cm à 23 h 10 mn : rupture artificielle des membranes et E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 25 mn.

• OBS. N° 95 : *Mme G... Sourany,* vingt-cinq ans

III Pare à terme.
— 10 h 20 mn : col long perméable à deux doigts.
— 11 h : col dilatable à 5 cm, 20 cg de Spartéine.
— Une demi-heure plus tard, dilatation stationnaire.
— Injection d'E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes laissant s'écouler un liquide rosé.
— 11 h 40 mn : col effacé dilaté à 6 cm.
— 12 h 10 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 99 : *Mme G... Christiane,* vingt ans

II Pare pré-terme.
— Injection d'E.G.G.A. et rupture artificielle de la poche des eaux, le col étant dilaté à 5 cm.
— Le col, de cerclé, devient souple et la dilatation complète est obtenue en 35 mn.

• OBS. N° 102 : *Mme P... Alice,* vingt-cinq ans

I Pare à terme.
— Début du travail à 23 h.
— A 3 h : dilatation 2-3 cm, col mince.
— A 4 h 20 mn : dilatation 4 cm, col mince, injection d'E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes, la tête étant engagée.
— Dilatation complète obtenue en 40 mn.

• OBS. N° 104 : *Mme F... Danièle,* vingt-trois ans

V Pare à terme.
— Début du travail à 20 h.

— A 23 h 30 mn : col largement perméable à 20 cg de Spartéine et rupture artificielle des membranes. Les contractions utérines passent de 15 à 5 mn.
— A 23 h 50 mn : dilatation stationnaire, injection d'E.G.G.A.
Les contractions utérines sont plus fréquentes : une toutes les 3 mn.
— Dilatation de 6-7 cm à 0 h 10 mn.
— Dilatation complète à 0 h 45 mn.

La dilatation s'est effectuée en moins d'une heure après E.G.G.A. Pour les autres accouchements, elle demandait 2 à 4 heures.

• OBS. N° 105 : *Mme M... Henriette*

X Pare à terme.
— Début de travail à 20 h.
— 23 h 30 mn : col largement perméable, rupture des membranes au cours de l'examen, liquide clair.
— 0 h 10 mn : dilatation stationnaire, E.G.G.A.
— 0 h 40 mn : écoulement de liquide teinté.
— 1 h 10 mn : dilatation 4 cm, col cerclé, E.G.G.A.
— 1 h 30 mn : dilatation 7 cm, col moins cerclé.
— 1 h 45 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 110 : *Mme B... Françoise,* vingt-trois ans

I Pare à terme.
— 20 h : col en voie d'effacement.
— 23 h 30 mn : même dilatation, Phénergan-Dolosal.
— 5 h 40 mn : dilatation 2-5 cm, rupture artificielle des membranes.
— 5 h 50 : dilatation 4 cm, E.G.G.A.
— 6 h 10 mn : dilatation 7 cm.
— 7 h 05 mn : dilatation complète.
— A 7 h 45 mn : application de spatules de Thierry à la vulve pour non progression de l'expulsion et périnée très résistant.
— A présenté des vomissements en fin de travail.

• OBS. N° 113 : *Mme H... Nimia,* vingt-six ans

II Pare à terme.
— 0 h 50 : col court perméable, Théralène-Dolosal.
— 5 h 30 mn : dilatation de 5 cm, E.G.G.A.
— 5 h 55 mn : dilatation de 8 cm, rupture artificielle des membranes.
— Dilatation complète à 6 h 10 mn.

• OBS. N° 115 : *Mme F... Danièle,* vingt-trois ans

II Pare à terme.
— A 19 h 15 mn : dilatation de 4-5 cm, col épais.

— Dilatation stationnaire à 19 h 45 mn, rupture artificielle des membranes, 20 cg de Spartéine, E.G.G.A.
— 20 h : dilatation de 7 cm.
— 20 h 35 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 116 : *Mme L... Antonia,* vingt ans

I Pare à 7 mois 1/2.
— Présentation du siège.
— Entrée à 21 h 15 mn : dilatation à 1 cm, membranes rompues.
— Dilatation stationnaire à 22 h 40 mn, Théralène-Dolosal.
— 6 h : dilatation à 2-3 cm, col mince, E.G.G.A.
— 6 h 20 mn : 6 cm.
— 7 h : 8 cm. Mise en place d'une perfusion de 500 cc de sérum glucosé avec 5 U de post-hypothyse.
— Dilatation complète à 7 h 05 mn.
— 7 h 15 mn : naissance d'un enfant, criant aussitôt.
— Hémorragie méningée constatée à 9 h.
15 jours après sa naissance, l'enfant est encore dans un état précaire.

• OBS. N° 119 : *Mme D... Léonore,* trente-deux ans

IV Pare à terme.
— Dilatation de 6-7 cm à 4 h 20 mn.
— Dilatation stationnaire 30 mn plus tard, rupture artificielle des membranes, E.G.G.A.
— 1 h plus tard : dilatation toujours stationnaire.
— Col cerclé : 1/4 d'ampoule de Dolosal.
— Dilatation complète en 20 mn.

• OBS. N° 120 : *Mme C... Ginette,* vingt-huit ans

III Pare.
— Dilatation à 4 cm à 21 h 50 mn, E.G.G.A.
— A 22 h 35 mn : dilatation stationnaire, 20 cg de Spartéine et 1 Boscopan I.M.
— A 23 h : dilatation de 7 cm.
— Dilatation complète à 23 h 20 mn.

• OBS. N° 122 : *Mme P... Yvonne,* trente-sept ans

I Pare à terme.
— Dilatation de 4-5 cm à 6 h, Théralène-Dolosal.
— A 8 h : dilatation stationnaire.
— A 9 h 30 mn : dilatation stationnaire, rupture artificielle des membranes, E.G.G.A.
— 10 h 30 mn : 7 cm.
— 10 h 50 mn : dilatation, 20 cg de Spartéine.
— 11 h 10 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 124 : *Mme L... Mauricette,* vingt-cinq ans

III Pare à terme.
— A 1 h 40 mn : col souple, dilaté à 5 cm, membranes rompues.
— A 4 h 30 mn : col dilaté à 6 cm, E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 20 mn.

• OBS. N° 129 : *Mme L... Jocelyne,* vingt-deux ans

IV Pare à terme.
— A 3 h 30 mn : col souple, dilaté à 4 cm, membranes intactes.
— A 4 h 30 mn : col dilaté à 6 cm, E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 45 mn ; rupture artificielle des membranes.

• OBS. N° 131 : *Mme S... Eliane,* vingt-cinq ans

I Pare à terme.
— 10 h 45 mn : col mince, dilaté à 3 cm, E.G.G.A., rupture artificielle des membranes, 20 cg de Spartéine.
— 10 h 55 mn : col dilaté à 5 cm.
— 11 h 15 mn : col rigide, mauvais relâchement entre les contractions, 1/2 Dolosal.
— 12 h 20 mn : col plus souple, dilatation stationnaire, E.G.G.A. et 1/2 Dolosal I.M.
— 13 h : dilatation de 7 cm, col souple et mince.
— 16 h : dilatation stationnaire. Pose d'une perfusion de post-hypophyse.
— 17 h : dilatation complète.

• OBS. N° 139 : *Mme A... Tassadit,* vingt ans

II Pare à terme.
— Col dilaté à 5 cm, épais mais souple, à 17 h 20 mn. Rupture artificielle des membranes.
— 17 h 25 mn : E.G.G.A.
— 17 h 35 mn : dilatation 8 cm.
— 17 h 45 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 142 : *Mme C... Marie-Louise,* quarante et un ans

VIII Pare à terme.
— Dilatation stationnaire à 6 cm entre 0 h 10 mn et 1 h 10 mn. E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes, liquide teinté.
— Dilatation complète à 1 h 40 mn.
— Révision utérine pour rétention de membranes.

• OBS. N° 143 : *Mme L... Marie-Hélène,* vingt et un ans

IV Pare à terme.
— E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes, le col étant dilaté à 8 cm.
— Dilatation complète 10 mn plus tard.

• OBS. N° 1.576/B : *Mme C... Aliette,* trente-deux ans

V Pare à terme.
— Accouche toujours très lentement .
— 10 h : col long perméable, 20 cg de Spartéine.
— 11 h 30 mn : contractions faibles, 20 cg de Spartéine.
— 14 h : col effacé.
— 16 h 30 mn : dilatation à 2 cm, rupture artificielle des membranes et E.G.G.A.
— Dilatation complète 4 h plus tard.

• OBS. N° 1.577/B : *Mme R... Irène,* trente-cinq ans

II Pare à terme.
— A 10 h : col long perméable, contractions toutes les 10 mn, 20 cg de Spartéine.
— A 12 h : Rupture artificielle des membranes.
— A 13 h 30 mn : col épais, dilaté à 2 cm, E.G.G.A.
— Dilatation complète en 1 h 30 mn.

• OBS. N° 1.578/B : *Mme T... Françoise,* vingt-huit ans

IV Pare à terme.
— A 16 h : col dilaté à 2 cm, encore épais, contractions faibles, rupture artificielle des membranes, 20 cg de Spartéine.
— 16 h 10 mn : E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 30 mn.

• OBS. N° 1.579/D : *Mme D... Jacqueline,* trente-huit ans

VIII Pare à 8 mois 1/2.
— A 17 h 40 mn : col dilaté à 3 cm, rupture artificielle des membranes et 20 cg de Spartéine.
— A 17 h 45 mn : E.G.G.A.
— Dilatation complète à 19 h.

• OBS. N° 1.580/B : *Mme Bat...,* vingt-cinq ans

I Pare à terme.
— Entre à 8 h 30 mn pour rupture spontanée de la poche des eaux et début de travail, col court perméable, 20 cg de Spartéine.
— A 9 h 30 mn : dilatation de 2 cm.
— A 10 h 30 mn : dilatation de 5 cm.
— A 12 h : dilatation de 7 cm. Perfusion de post-hypophyse et E.G.G.A. I.V.
— Dilatation complète à 12 h 45 mn.
— Spatules de Thierry au bout de 30 mn d'efforts expulsifs.

• OBS. N° A.17 : *Mme Fer...,* vingt-cinq ans

I Pare à terme.
— Début du travail à 22 h, E.G.G.A.

— A 2 h 30 mn : col dilaté à 5 cm, E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes, liquide clair.
— A 3 h 30 mn : dilatation stationnaire, début d'œdème du col.
— Même examen : Buscopan. Contractions intenses.
— 6 h : contractions intenses, disparition de l'œdème du col, dilatation stationnaire.
— Dilatation stationnaire, liquide teinté, Phénergan-Dolosal.
— 8 h : dilatation 7 cm, B.D.C. ralentis, césarienne.
Extraction d'un enfant vivant, bien portant, pesant 3 900 g.

• OBS. N° A.21 : *Mme T... Monique,* vingt-six ans

II Pare à terme.
— Dilatation 5 cm, membranes rompues, E.G.G.A.
— Dilatation complète 1 h plus tard.
— Enfant criant aussitôt, pesant 3 000 g.
Vingt-quatre heures plus tard, l'enfant a présenté des mouvements convulsifs de toute la partie droite du corps cédant en quelques heures au traitement Largactil-Gardénal.
Très bon état général par la suite.

• OBS. N° 147 : *Mme D... Evelyne,* vingt ans

I Pare à terme.
— A 7 h : dilatation de 6 cm.
— Dilatation stationnaire à 9 h 30 mn. Mise en place d'une perfusion de post-hypophyse, suivie de rupture de la poche des eaux et de l'injection d'une ampoule d'E.G.G.A.
— Dilatation complète 35 mn après.

• OBS. N° 150 : *Mme B... Simone,* trente ans

V Pare à terme.
— A 9 h 40 mn : dilatation de 3 cm. Rupture artificielle des membranes, 20 cg de Spartéine et E.G.G.A.
— Dilatation complète obtenue en 35 mn.

• OBS. N° 152 : *Mme B... Marie-Louise,* trente-deux ans

III Pare au terme de 6 mois 1/2. Placenta praevia.
— La malade entre pour rupture spontanée de la poche des eaux succédant à des hémorragies.
— A 10 h 35 mn : col dilatable à 2 cm, E.G.G.A.
— A 12 h : col dilaté à 3 cm.
— A 14 h 25 mn : col dilaté à 4 cm, E.G.G.A.
— A 15 h 30 mn : col dilaté à 6 cm. Pose d'une perfusion de post-hypophyse.
— Dilatation complète à 16 h 50 mn.
— Naissance d'un enfant vivant pesant 1 640 g.
— Délivrance artificielle.

• OBS. N° 153 : *Mme D... Germaine*

III Pare à 8 mois 1/2.
Rétrécissement mitral bien compensé.
— A 20 h 25 mn : dilatation de 2 cm, E.G.G.A.
— A 22 h 15 mn : dilatation de 6 cm, rupture artificielle des membranes et 20 cg de Spartéine.
— Dilatation complète 15 mn plus tard.
— Accouchement spontané d'un enfant de 2 700 g.

• OBS. N° 154 : *Mme S... Jacqueline,* vingt-six ans

I Pare à terme.
— A 4 h : dilatation de 2 cm, E.G.G.A.
— A 4 h 25 mn : rupture artificielle des membranes, écoulement de liquide teinté.
— A 6 h : dilatation complète.
— Naissance d'un enfant criant aussitôt pesant 3.200 g.
— Délivrance artificielle pour non décollement.

• OBS. N° 155 : *Mme A... Renée,* vingt et un ans

II Pare au terme de 8 mois.
— A 8 h 10 mn : dilatation de 2 cm, col épais : E.G.G.A.
— A 9 h 20 mn : dilatation de 4 cm, rupture artificielle des membranes.
— Dilatation complète 15 mn plus tard.

• OBS. N° 159 : *Mme O... Simone,* vingt-six ans

I Pare à terme.
— A 8 h 25 mn : dilatation stationnaire à 5 cm, rupture artificielle des membranes et E.G.G.A.
— A 9 h : dilatation à 7 cm.
— A 10 h 05 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 156 : *Mme M... Janine,* trente-cinq ans

VII Pare au terme de 7 mois 1/2.
— 1 h 10 mn : dilatation 6 cm, col épais, cerclé.
— 1 h 20 mn : E.G.G.A. et rupture artificielle des membranes.
— 2 h : spartéine, dilatation 8 cm.
— 2 h 15 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 158 : *Mme M... Marie-Rose,* vingt-trois ans

II Pare à terme.
— 3 h : col perméable à 1 doigt, Phénergan - Dolosal.
— 8 h 15 mn : dilatation 6-7 cm ; rupture artificielle des membranes.
— 8 h 40 mn : dilatation stationnaire, E.G.G.A.
— 9 h : dilatation 8-9 cm.
— 9 h 15 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 161 : *Mme A... Rathia,* vingt ans

II Pare à terme.
— Présentation du siège complet.
— Bonnes contractions. Poche des eaux intacte.
— 20 h 50 mn : dilatation stationnaire à 8 cm. Rupture artificielle des membranes. E.G.G.A. Perfusion de post-hypophyse. Latérocidence du cordon.
— 21 h 05 mn : complément rapide de la dilatation et début d'expulsion facile. Abaissement prophylactique des bras et manœuvre de Mauriceau. Pas d'épisiotomie : parties molles très souples. Extraction d'un garçon de 3.960 g.

• OBS. N° 167 : *Mme M... Jocelyne,* vingt-six ans

I Pare à terme.
— Hypertendue habituelle avec lésions du fond d'œil : ébauche de signe du croisement. Vertiges en cours de grossesse.
— 9 h : peu de contractions. Surdité transitoire. T.A. 14-9.
— 9 h 30 mn : injection du produit interrompue après 1 ml. Sensation de malaise. T.A. 17-9.
— 9 h 40 mn : perfusion de Largactil.
— 10 h : amaurose transitoire.
— 10 h 15 mn : T.A. 19-12. Sulfate de magnésie I.V. On remplace la perfusion de Largactil par une perfusion d'Arfonad.
La T.A. redescend à 14-9.
— Forceps à 11 h 50 mn.
L'accident ne paraît pas imputable au produit.

• OBS. N° 168 : *Mme T... Jacqueline,* vingt ans

I Pare à terme.
— Début de travail à 3 h.
— 6 h : dilatation 2-3 cm, col souple. Rupture des membranes.
— 8 h 30 mn : dilatation 5-6 cm.
— 10 h : dilatation stationnaire : E.G.G.A.
— 11 h 50 mn : dilatation complète.
Accouchement normal.

• OBS. N° 170 : *Mme M... Ginette,* trente-deux ans

VI Pare : siège décomplété.
— 19 h 30 mn : dilatation 4-5 cm, membranes rompues.
— 22 h : E.G.G.A. + Spartéine.
— 22 h 15 mn : dilatation 7 cm.
— 22 h 30 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 171 : *Mme L... Marguerite,* trente-sept ans

II Pare à terme.
— 15 h 20 mn : dilatation 5 cm. Rupture artificielle des membranes : liquide purée de pois. Spartéine.

— 16 h 50 mn : dilatation stationnaire. E.G.G.A.
— 17 h 30 mn : dilatation complète.
— 17 h 45 mn : accouchement normal. Enfant criant après 5 mn de réanimation.

• OBS. N° 173 : *Mme P... Colette,* vingt-sept ans

IV Pare au terme de 8 mois.
— Membranes rompues spontanément à 3 h.
— 4 h 50 mn : dilatation 5 cm.
— 5 h 30 mn : dilatation 6-7 cm. E.G.G. + Spartéine.
— 6 h 15 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 174 : *Mme P... Christiane,* vingt-quatre ans

I Pare à terme.
— 9 h 45 mn : dilatation 2 cm. Contractions intenses. E.G.G.A.
— 11 h 15 mn : dilatation 2-3 cm.
— 12 h : dilatation 4 cm, tête mobile, contractions intenses. Deuxième E.G.G.A.
— 12 h 40 mn : contractions subintrantes. Dolosal.
— 14 h : rupture artificielle des membranes.
— 15 h : dilatation 8 cm.
— 15 h 20 mn : dilatation complète.
Forceps pour non-progression de l'expulsion.

• OBS. N° 189 : *Mme B... Fatima,* vingt-huit ans

VI Pare au terme de 7 mois 1/2.
— Présentant un placenta prævia latéral.
— 15 h 45 mn : col épais et long. Rupture artificielle des membranes. Liquide clair.
— 16 h 35 mn : E.G.G.A.
— 16 h 50 mn : col souple dilatable à 2 cm.
— 18 h : dilatation 3-4 cm.
— 19 h 10 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 195 : *Mme F... Françoise,* vingt-cinq ans

II Pare à terme.
— 14 h 10 mn : dilatation stationnaire depuis 2 h à 3 cm. E.G.G.A.
— 15 h : Spartéine : 20 cg.
— 16 h 30 mn : dilatation 8 cm. Buscopan.
— 16 h 40 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 198 : *Mme S... Madeleine,* vingt ans

II Pare à terme.
— 4 h 35 mn : dilatation 7 cm. Rupture artificielle des membranes.
— 4 h 45 mn : pas de changement. E.G.G.A.
— 4 h 50 mn : dilatation complète.

• OBS. N° 199 : *Mme M... Nicole,* vingt ans

II Pare. Terme imprécis.
14 h 30 mn : dilatation 5 cm, col épais, souple.
14 h 45 mn : E.G.G.A.
15 h 50 mn : dilatation 7 cm. Rupture artificielle des membranes.
16 h : dilatation complète. Un effort expulsif.
Le col est resté épais, mais très souple jusqu'à dilatation complète.

• OBS. N° 204 : *Mme K... Fatma,* trente-trois ans

VI Pare à terme.
12 h 30 mn : col mince dilaté à 7-8 cm.
Rupture artificielle des membranes : liquide purée de pois.
Bruits du cœur lents.
12 h 50 mn : dilatation stationnaire. E.G.G.A. + Spartéine.
13 h 30 mn : dilatation complète.
Naissance d'un garçon criant après 3 mn de désobstruction.

Conclusions

Nous avons étudié l'action de l'association éther glycérique de gaïacol - avacan sur la dilatation du col au cours du travail de l'accouchement.

I. — Le produit a une action très nette sur la dilatation du col dans 86,5 % des cas. La dilatation se complète rapidement après l'injection et si l'on établit une courbe représentant la dilatation en mettant en abscisse les heures de travail et en ordonnée la dilatation, on observe un redressement notable de la courbe après injection du produit.

II. — Cette action ne prend effet que lorsque le travail est nettement établi. C'est-à-dire que si l'on injecte le produit en début de travail, il est souvent nécessaire de rompre artificiellement la poche des eaux et d'utiliser des ocytociques.

III. — Cette action est efficace dans les dystocies cervicales pures et l'utilisation du produit est particulièrement intéressante lorsque l'on utilise les méthodes d'accouchement dirigé, permettant alors l'accouchement optimum de puissance en rendant nulles les résistances apportées par le col à la progression du fœtus.

IV. — Cette action est moindre sur le corps. Dans les cas de dystocie dynamique par hyperkinésie corporéale et dans les cas d'hypertonie du corps utérin, il a parfois été nécessaire d'adjoindre un autre antispasmodique ayant une action plus élective sur le corps utérin.

V. — La totale innocuité de l'association éther glycérique de gaïacol avacan en permet l'emploi large, y compris lors des accouchements prématurés. Il n'a jamais été remarqué d'incident qui puisse lui être imputé tant chez la mère que chez l'enfant.

VI. — Son pouvoir analgésique direct, c'est-à-dire la capacité du produit à supprimer les sensations douloureuses, est faible. Mais cette association médicamenteuse possède un pouvoir analgésique indirect important en ce sens qu'elle accélère la dilatation, raccourcissant ainsi la durée du travail.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
MERGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

Bibliographie

ABAD-COLOMBER (L.). — *V^e Congrès Hispano-Portugais de Gyn. Obst.*, Séville, 1955.

CHADEYRON (A.). — *E.M.C.* « Obstétrique », tome I.

CORDIER (G.). — *E.M.C.* « Gynécologie », tome I.

LACOMME (M.). — *Pratique Obstétricale*, 1960.

LORENZO-VELAZQUEZ (B.). — *Farmacologica Experim.*, 1958, 8^e éd., 593.

MERGER (R.), LÉVY (J.), MELCHIOR (J.). — *Précis d'Obstétrique*, 1961, 2^e éd.

NEUENSCHWANDER. — Flaxedil. (*Schw. Med. Woch.*, 1953, 45.)

PEREIRA (M.) y RIAZA (R.). — *Acta Ginecologica*, 1961, XII, n° 5.

SARDINAS RAMIREZ (A.). — *Rev. Esp. de Obst. y Ginec.*, t. XVIII, n° 103. — *Congrès Int. de Gyn. Obst.*, Genève, 1954.

PLATCHEV, DOTZEVA, GANTCHEV. — *Gyn. Obst.*, t. 61, n° 1.

TOULOUSE (R.), TIENGOU (J.N.), ESCOLAN (J.). — *Gyn. Obst.*, t. 62, n° 4.

VANRELL, DEXEUX, MASSANAS y coll. — *Ginecol. Practica*, Ano XVI, Enero 1956, n° 138.

VERMELIN-RIBON. — *E.M.C.* « Obstétrique », t. I.

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e